

記入例

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

※申請の効力は2年です

※治療内容の確認の為、支払いに
半年ほどかかる場合があります

(○○年 ○○月施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	記号一番号 1 — 123456		被保険者氏名 (裏面を全て確認の上、請求します) 健保 太郎		連絡先 自宅 0000-00-0000 勤務先 0000-00-0000 (内線551-12345)	
	所属 〒1234 ○○部○○室○○課		私は、本療養費の支給の 関係する保険者等 また、この申請書の写		医療機関等の関係機関、又は他 することに同意します。	
	受療者氏名 健保 花子		〇〇 年 〇 月 〇 日		被保険者氏名 健保 太郎	
	受療者住所 〒000-0000 愛知県刈谷市○○町〇丁目〇番地		続柄 妻	年齢 〇〇	生年月日 S H R 年 月 日	発症・負傷年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
	傷病名 腰痛症		傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)			
	第三者行為又は業務上による傷病ですか? ☐ はい ⇒申請前に健保組合まで お問合せください ☒ いいえ		医療助成受給者ですか? ☐ はい⇒ ☐ 子ども医療 ☐ 障害者医療 ☒ いいえ ☐ ひとり親家庭等医療 ☐ その他		施術に要した費用 ※月単位(1日～月末までの合計金額) 4,620円	
	給付金振込先(被保険者名義)※裏面の4項③をご確認下さい。					
	振込先の記入方法は、裏面の4頁③をご確認ください。					
	名義人氏名 (カタカナ)		ケンポ タロウ		←名義人氏名は被保険者(従業員)名を カタカナでご記入ください。	

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入 欄)	初療年月日 令和 年 月 日		施術期間 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		実日数 日	請求区分 新規・継続		
	傷病名(症状)				転帰 継続・治癒・中止・転医			
	マッサージ				摘要			
	変形徒手矯正術				円 × 肢 × 回 = 円			
	温罨法				円 × 回 = 円			
	温罨法・電気光線器具				円 × 回 = 円			
	往 往療料 4kmまで				円 × 回 = 円			
	療 往療料 4km超				円 × 回 = 円			
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円 × 回 = 円			
	合計				円			
施術日: 通院〇〇分(〇〇分) (月施術分)								
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
上記の通り施術 令和 年 月 日 所在地 あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 () 氏 名 ㊞ 電話								
同意 記録		(再)同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日 令和 年 月 日	傷病名	要加療期間

施術報告書交付料を申請する場合、「施術報告書」の
写しの添付が必要です。

【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保 【支払】 原則、各月10日到着分を当月27日に指定口座へ支払

【添付書類】 ・医師の同意書(原本もしくは写し) ・施術に要した費用の領収証(原本) ・施術報告書(写し)

【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付

※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

健 保 組 合 処 理 欄	給付区分コード	221	区分	1.本外 2.六外 3.家外 4.高外一 5.高外7
	家族番号		資格取得日	
	医療扶助	有()・無	資格喪失日	
	支給額	7割・8割・9割 (高額・付加)有・無・停止	室 長	検 討
備考		担 当		日 間

健保記入欄